

UNIVERSITE DE PARIS. — FACULTE DE MEDECINE

ANNEE 1926

THÈSE

137

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE PAR

Yves CHARLON

Né le 16 Juin 1901, à Paris

CONTRIBUTION A L'ETUDE
des Métrorragies
dans l'Infection puerpérale

Travail du Service du Professeur Agrégé M. METZGER

Maternité de l'Hôpital Tenon

Le Président : M le Professeur JEANNIN

PARIS

LES PRESSES UNIVERSITAIRES DE FRANCE

49, Boulevard Saint-Michel, 49

1926

Thèse pour le Doctorat
en Médecine

UNIVERSITE DE PARIS. — FACULTE DE MEDECINE

ANNEE 1926

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE PAR

Yves CHARLON

Né le 16 Juin 1901, à Paris

CONTRIBUTION A L'ETUDE
des Métrorragies
dans l'Infection puerpérale

Travail du Service du Professeur Agrégé M. METZGER

Maternité de l'Hôpital Ténon

Le Président : M le Professeur JEANNIN

PARIS

LES PRESSES UNIVERSITAIRES DE FRANCE

49, Boulevard Saint-Michel, 49

1926

THESE

Yves CHARLON



CH. 9

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	Nicolas.
Anatomie médico-chirurgicale	Cunéo.
Physiologie	Roger.
Physique médicale	Strohl.
Chimie organique et chimie générale	Desgrez.
Bactériologie	Lenierre.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	Brumpt.
Pathologie et thérapeutique générales	Labbé (Marcel).
Pathologie médicale	Sicard.
Pathologie chirurgicale	Lecène.
Anatomie pathologique	Roussy.
Histologie	Prenant.
Pharmacologie et matière médicale	Tiffeneau.
Thérapeutique	Carnot.
Hygiène	Bernard (Léon).
Médecine légale	Balthazard.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	Ménétrier.
Pathologie expérimentale et comparée	Rathery.
Clinique médicale	Gilbert.
	Bezançon.
	Achard.
	Widal.
Hygiène et clinique de la première enfance	Marfan.
Clinique des maladies des enfants	Nobécourt.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. Claude.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	Jeanselme.
Clinique des maladies du système nerveux	Guillain.
Clinique des maladies infectieuses	Teissier.
	Delbet.
Clinique chirurgicale	Hartmann.
	Lejars.
	Gosset.
Clinique ophtalmologique	Terrien.
Clinique urologique	Leguén.
	Couvelaire.
Clinique d'accouchements	Brindeau.
	Jeannin.
Clinique gynécologique	J.-L. Faure.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	Ombredanne.
Clinique thérapeutique médicale	Vaquez.
Clinique oto-rhino-laryngologique	Sebileau.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Duval.
Clinique propédeutique	Sergent.
Professeur sans chaire	Rouvière.

II. — AGREGÉS EN EXERCICE

MM.

Abrami Pathologie médicale.
 Alglave Pathologie chirurgicale.
 Aubertin Pathologie médicale.
 Basset Pathologie chirurgicale.
 Baudouin Pathologie médicale.
 Binet Physiologie.
 Blanchetière . Chimie biologique.
 Branca Histologie.
 Brulé Pathologie médicale.
 Cadenat Pathologie chirurgicale.
 Champy Histologie.
 Chiray Pathologie médicale.
 Clerc Pathologie médicale.
 Debré Hygiène.
 I. de Jong Anatomie pathologique.
 Duvoir Médecine légale.
 Ecalte Obstétrique.
 Fiessinger Pathologie médicale.
 Foix Pathologie médicale.
 Garnier Pathologie expérimentale.
 Harvier Pathologie médicale.
 Heitz-Boyer .. Urologie.

MM.

Hovelacque .. Anatomie.
 Joyeux Parasitologie.
 Labbé (Henri). Chimie biologique.
 Lardennois .. Pathologie chirurgicale.
 Le Lorier Obstétrique.
 Lemaitre Oto-rhino-laryngologie.
 Lévy-Solal ... Obstétrique.
 Lhermitte Pathologie mentale.
 Lian Pathologie médicale.
 Mathieu Pathologie chirurgicale.
 Metzger Obstétrique.
 Mocquot Pathologie chirurgicale.
 Mondor Pathologie chirurgicale.
 Moure Pathologie chirurgicale.
 Mulon Histologie.
 Philibert Bactériologie.
 Ribierre Pathologie médicale.
 Richet Fils ... Physiologie.
 Tanon Pathologie médicale.
 Vaudescal Obstétrique.
 Verne Histologie.
 Villaret Pathologie médicale.
 Velter Ophtalmologie.

III. — AGREGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

Gougerot Pathologie médicale.
 Guéniot Obstétrique.

M. Retterer .. Histologie.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.

Auvray Clinique chirurgicale.
Chevassu Clinique chirurgicale.
Laignel-
Lavastine Clinique médicale.
Lereboullet .. Clin. médicale infantile.

MM.

Léri Clinique médicale.
Léper Clinique médicale.
Proust Clinique chirurgicale.
Schwartz Clinique chirurgicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. Maublanc, agrégé	{ Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail les mutilés de guerre et les infirmes adultes	
Frey		Stomatologie.
Chadley-Bert		Education physique.
Ledoux-Lebard	Radiologie clinique.	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR JEANNIN

ACCOUCHEUR A L'HÔPITAL DE LA PITIÉ

*Hommage de respectueuse reconnaissance
pour le grand honneur qu'il nous a fait
en acceptant la présidence de cette
thèse.*

A. MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ

MARCEL METZGER :

ACCOCUCHEUR A LA MATERNITÉ DE L'HÔPITAL TENON

*En témoignage de notre reconnaissance
pour avoir été l'inspirateur de cette
thèse.*

A LA MEMOIRE DE MON PERE

A MA MERE

MEIS ET AMICIS

AVANT-PROPOS

Au moment de terminer nos études médicales, nous tenons avant toute chose, à apporter ici tous nos remerciements et notre sincère gratitude à notre excellent Maître M. le Professeur agrégé, Marcel Metzger, qui a bien voulu nous inspirer le sujet de cette thèse, et nous donner au cours de rédaction, de si précieuses indications. Que ce modeste travail soit aussi, s'il veut bien l'accepter, en reconnaissance profonde pour l'excellence de son enseignement, à la Maternité de l'Hôpital Tenon, où tous ceux, j'en suis sûr, qui furent ses élèves, ont appris à l'apprécier et à l'aimer.

Que nos remerciements aillent aussi à nos maîtres dans les Hôpitaux de Paris.

- M. le Professeur Achard.
- M. le Professeur Hartmann.
- M. le Docteur Brühl.
- M. le Professeur agrégé Debré.

Nous priérons enfin M. le Professeur Jeannin, de bien vouloir recevoir ici toute notre gratitude pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant de présider cette thèse.



INTRODUCTION

Au sujet des hémorragies du post-partum, l'attention a été attirée ces temps derniers par M. le Professeur Couvelaire sur une forme assez rare, mais néanmoins caractérisée, à savoir : les hémorragies utérines survenant au cours de l'infection puerpérale, en dehors de toute rétention placentaire.

Nous avons essayé, dans ce modeste travail, de montrer, à la suite de M. le Professeur, Couvelaire, qu'il existe à ce sujet un syndrome caractéristique.

Enfin, sur les conseils de notre Maître, M. le Professeur agrégé Metzger, nous avons montré aussi qu'il s'agissait là de cas, qui bien que rares, sont connus depuis longtemps; et nous avons apporté notre petite part à l'étude de la question, en rapportant ici une observation inédite et fort suggestive relevée à la Maternité de l'Hôpital Tenon.

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES METRORRAGIES

DANS L'INFECTION PERPUERALE

La question des métrorragies au cours de l'infection puerpérale est actuellement mise à l'ordre du jour, et quelques observations au sujet d'une forme spéciale de ces hémorragies, ont été publiées ces temps derniers.

Il nous a été possible, tout récemment, d'en relever un cas, inédit, dans le Service de M. le Professeur agrégé M. Metzger à la Maternité de l'Hôpital Tenon, cas que nous publions en tête de ce travail.

OBSERVATION I (*inédite*)

Mme N..., IVpare de 28 ans entre à la Maternité de l'Hôpital Tenon le 18 février 1926.

Deux grossesses antérieures avant terme: l'une terminée à 7 mois et demi (enfant mort-né), l'autre à 8 mois (enfant mort au 4^e jour) — opérée en 1925, au cinquième mois de sa troisième grossesse, pour un kyste de l'ovaire (avortement consécutif). Suit depuis un traitement spécifique.

A son entrée, le 18 février, grossesse de 8 mois et demi. Accouchement le lendemain (présentation du sommet, durée de travail, 2 heures et demie),

spontané, d'un enfant vivant de 2.500 gr. Délivrance naturelle et complète; le délivre pèse 490 gr.

Le 22 février, frissons et la température prise peu après, monte à $39^{\circ}8$.

Le 23, T. à 40° .

Le 24, T. à $38^{\circ}6$, on pratique un abcès de fixation, puis, la température décroît en lysis jusqu'au 4 mars, où elle reste normale.

A ce moment, la femme commence à perdre du sang. La température remonte à $37^{\circ}5$ et se maintient ainsi pendant 8 jours, parallèlement à la métrorragie qui est continue, légère et indolore. A ce moment, M. le Professeur Metzger conseille de faire de l'hypophyse en injection sous-cutanée; les métrorragies cessent immédiatement après.

Le 10 mars, la malade recommence à saigner sans douleur. L'utérus ne dépasse pas le symphyse; dans la nuit, expulsion d'un gros caillot.

Le 11 mars, légères douleurs dans l'abdomen; l'hémorragie continue, légère; la malade expulse à 10 heures, un caillot du volume d'un œuf d'oie. Immédiatement après, l'utérus se montre de consistance ferme; à l'examen de l'abdomen, légère douleur et résistance à droite de l'utérus.

M. le Professeur Metzger, examinant la malade à ce moment, trouve le col perméable jusqu'à l'orifice interne; l'utérus est augmenté de volume et contient certainement du sang liquide.

Le 12, la métrorragie continue ainsi que les deux jours suivants.

Le 15, on trouve l'utérus en rétroflexion, volumineux, le col fermé. L'état général de la femme est satisfaisant. Enfin, les hémorragies cessent, la température qui se maintenait aux environs de 37°6, redescend à la normale, et la malade quitte le service complètement rétablie le 26 mars, soit cinq semaines après son entrée.

De cette observation, on peut tirer des déductions intéressantes, que nous nous proposerons d'examiner ultérieurement. Auparavant, nous allons montrer, que, bien antérieurement, des faits analogues avaient été observés.

C'est ainsi qu'en 1901, au service d'isolement de la Clinique Tarnier, le Docteur Perret publiait une série d'observations concernant les infections puerpérales (1) du service, parmi lesquelles nous avons relevé celle-ci :

OBSERVATION II

Mme X..., multipare de 30 ans — accouchements précédents à terme et spontanés — accouche à Tarnier, d'un enfant vivant et à terme.

Au troisième jour, la fièvre s'allume et atteint 39°; les lochies sont séro-purulentes, non fétides. Col béant, cavité de corps très élargie, muqueuse

(1) In « Obstétrique » année 1901.

facilement saignante. On fait un curage digital qui ne ramène que quelques caillots, sans aucun débris de caduque : la paroi utérine est lisse en tout point; l'écouvillonnage et le curage sont très sanglants, et l'écoulement sanguin devenant très abondant, on termine rapidement par un tamponnement serré.

La température oscille, les jours suivants, aux environs de $39^{\circ}5$. Le pouls autour de 120.

Malgré de fréquentes injections intra-utérines, le corps reste anormalement gros et la muqueuse est toujours saignante.

Pendant dix jours, ces petites hémorragies persistent, légères, mais continues.

A partir du quinzième jour, la régression utérine commence à s'effectuer et les hémorragies cessent complètement. Après une nouvelle poussée de température et aggravation de l'état général, on pratique un abcès de fixation, qui semble avoir de bons résultats. La malade se rétablit lentement et quitte l'hôpital entièrement guérie un mois et demi après son entrée.

Cette observation nous montre nettement une tendance aux hémorragies utérines chez une femme infectée, sans que l'on puisse, d'ailleurs, incriminer la rétention placentaire.

Signalons maintenant, avant d'aborder la troisième observation, un cas rapporté par M. Ypema (2), en 1895.

(2) Thèse pour le doctorat, Tribourg en Bade, 1895.

Il s'agissait d'une femme accouchée à terme, ayant présenté de l'inertie utérine post-partum et ayant fait une infection sévère au dixième jour, accompagnée d'hémorragies légères et continues, l'utérus ayant été trouvé vide au curage.

Citons aussi un cas analogue rapporté par M. Zangemeister (3) en 1910. Malheureusement comme pour le cas précédent, les détails nous manquent sur cette observation, et nous ne l'avons citée que pour être plus complet.

Il n'en est pas de même pour le cas qui va suivre, publié dans un article sur le traitement de l'infection puerpérale par le collargol, article de MM. Bonnaire et C. Jeannin, en 1908 (4).

OBSERVATION III

Femme de 25 ans. Ipare à terme; accouchement spontané, délivrance naturelle mais incomplète, membranes déchirées.

Au quatrième jour, la température s'élève à 39°5.

On pratique alors un écouvillonnage et l'extraction des membranes.

Au cinquième jour, T. : 39°2.

Au sixième jour, T. : 39°2; on injecte alors à la malade 8 cmc. de collargol dans les veines; la température passe deux heures après à 41°.

(3) Société de gynécologie de l'Allemagne du Nord, 1910.

(4) Obstétrique, avril 1908.

Il se produit alors un frisson de 20 minutes, puis une hémorragie secondaire abondante. La température reste élevée les jours suivants, et la malade meurt au dixième jour.

Traitement autre : curage et attouchement iodé au sixième jour.

Un fait nous a frappé, dans cette observation, c'est l'apparition de la métrorragie immédiatement après l'injection de collargol. Coïncidence ? Ou faut-il voir là un phénomène de choc ? Nous connaissons bien le frisson et l'élévation de température consécutifs à l'injection d'argent colloïdal, indice de réaction de l'organisme. Nous connaissons dans un autre ordre d'idées, les modifications souvent apportées au sang par la présence de streptocoque (streptocoque hémolytique) : l'injection de collargol a peut-être déclenché l'hémorragie, auparavant, si l'on peut dire, en puissance chez cette femme, par suite de l'infection.

Quoiqu'il en soit, cette observation nous montre que malgré l'extraction des membranes restantes, l'hémorragie se produisit, par conséquent en utérus vide. Et c'est là un point important de la question : ainsi se trouvera complètement distinct des hémorragies par rétention placentaire, le syndrome que nous étudions ici.

Nous en arrivons maintenant à des cas plus récents, M. le Professeur Couvelaire en rapporte ces

temps derniers (5) trois, dont nous résumons ici les deux plus typiques.

OBSERVATION IV (*résumée*)

Femme accouchée à terme; élévation de température au quatrième jour. A ce moment, M. le Professeur Couvelaire, alors interne de M. Champetier, pratique un curettage et ne retire absolument rien de l'utérus.

Peu après, la femme est prise d'une hémorragie utérine absolument incoercible, et meurt dans l'espace de quelques heures.

A l'autopsie, on constata que l'utérus était entièrement vide et que sa paroi était intacte.

OBSERVATION V (*résumée*)

En 1919, à la Clinique Baudeloque, une femme accouchée depuis cinq jours, envoyée au pavillon d'allaitement de la rue Desnouettes, est prise brusquement d'hémorragie. La femme examinée, on ne trouve rien dans le vagin ni dans l'utérus, et l'hémorragie persiste.

On fait un tamponnement d'attente, et on ramène la malade à la Clinique après lui avoir injecté huile camphrée et sérum. La métrorragie persiste,

(5) Bulletin de la Société d'Obstétrique et de gynécologie de Paris, 1926.

très abondante; on fait de nouveau une révision utérine, cette fois à la curette, sans que l'on trouve le moindre débris placentaire.

La femme meurt quelques heures après.

Il ressort de ces deux observations, point sur lequel insiste M. Couvelaire, que ces métrorragies, comme d'ailleurs celles des observations précédentes, surviennent absolument en dehors de toute rétention placentaire, constatation faite sur le vivant et, post-mortem, sur l'utérus lui-même.

Nous ne pouvons aussi qu'être frappés de l'extrême gravité de ces deux cas, ayant évolué d'une façon foudroyante avec échec de toute thérapeutique.

Notons aussi que ces métrorragies se produisent spontanément, plusieurs jours après l'accouchement alors qu'ont débuté, peu avant, des phénomènes d'infection.

Voici maintenant trois observations extraites d'une série de cinq cas analogues communiquées par MM. Lévy-Solal et Jean Bavina (6).

OBSERVATION VI (*N° II du compte rendu*) (7)

Mme Ga..., Ipere. Accouchement spontané en ville d'un enfant vivant, le 5 mars 1926.

Est envoyée à la Maternité de Saint-Antoine une

(6) Société d'Obstétrique, 19 avril 1926.

(7) Bulletin de la Société d'Obstétrique.

heure après. On fait la délivrance qui est naturelle et complète. La température est alors de $38^{\circ}4$. Dans les quatre premiers jours des suites de couches, la femme perd du sang en petite quantité. La température monte à 38° le soir du quatrième jour.

Cinquième jour : la température atteint $39^{\circ}3$, en même temps que se produit une métrorragie très abondante; révision utérine qui ne ramène que des caillots. Surface placentaire irrégulière. Tamponnement intra-utérin au filtrat streptococcique. Intra-dermo au filtrat presque négative.

Le soir, T. $39^{\circ}7$. Pouls à 104.

Sixième jour : T. $39^{\circ}4$; l'hémorragie est arrêtée; on pratique un deuxième tamponnement.

Septième jour : même état ; troisième tamponnement. Le soir, T. $39^{\circ}5$.

Huitième jour : quatrième tamponnement, la température est tombée.

Suites de couches à peu près normales. Sortie en bon état au vingt-cinquième jour.

OBSERVATION VII (*N° III du compte rendu*)

Le... Léontine, Ipare, 22 ans, accouchement le 29 août 1925, terminé par le forceps en O. P. pour souffrance fœtale. Délivrance complète et naturelle en une heure.

Suites de couches normales et apyrétiques jusqu'au huitième jour.

Huitième jour : métrorragie abondante, sans élévation de température.

Dixième jour : nouvelle métrorragie abondante. Révision utérine qui montre une cavité vide, mais un utérus encore très gros, atteignant l'ombilic.

Après évacuation des caillots, on pratique un tamponnement au filtrat streptococcique. La spoliation sanguine très importante nécessite une transfusion de 250 grammes de sang.

Onzième jour : T. $38^{\circ}4$. Pouls à 110.

Le soir, T. $38^{\circ}6$, P. 120. On pratique un second tamponnement.

Douzième jour : T. $37^{\circ}2$, P. 90.

Le soir, T. $37^{\circ}3$, P. 100.

On enlève le deuxième tamponnement.

Suites normales.

Il n'a été pratiqué ni intra-dermo réaction, ni prélèvements.

OBSERVATION VIII (*N° V du compte rendu*)

Ilpare de 27 ans. Accouchement fait en ville, le 15 décembre 1925. Délivrance naturelle et complète. Du quatrième au sixième jour, la température monte à $38^{\circ}7$.

L'état général est excellent. La femme accuse une légère douleur au niveau de la fosse iliaque gauche. L'examen physique est négatif.

Le septième jour, métrorragie brusque, d'une abondance extrême. La température monte à 39° ,

pouls à 140. La femme est transportée à la Maternité de Saint-Antoine. A l'entrée : métrorragie abondante. Utérus mou, remontant à l'ombilic. Révision utérine : l'utérus, très volumineux est rempli de caillots. La plaie placentaire est irrégulière; on enlève quelques débris que l'examen montrera être du muscle avec des zones nécrotiques et de nombreux polynucléaires. L'hémorragie continue, véritablement impressionnante : on pratique un tamponnement au filtrat, une hémosculturé qui se montrera négative, une intra-dermo réaction négative; un prélèvement montre la présence de streptocoques.

Huitième jour : T. 38°, P. 100.

Le soir, T. 39°2, P. 104.

On refait un second tamponnement. Trois autres tamponnements sont encore faits à 24 heures d'intervalle. L'état général reste grave; la température en plateau entre 40° et 41°. Différentes thérapeutiques se montrent inefficaces : propidon, transfusion du sang, abcès de fixation.

Le tableau septicémique persiste, l'hémoculture se montre enfin positive au quarantième jour et indique la présence de streptocoque hémolytique.

Mort au cinquantième jour.

A l'autopsie, utérus petit, ayant subi son évolution normale. Infiltration de la paroi utérine par des éléments inflammatoires nombreux; par place, des hémorragies interstitielles; enfin, une endoartérite oblitérante extrêmement intense,

Dans un de ces trois cas (N° VII), la métrorragie ouvre la scène, en l'absence de phénomènes infectieux, la délivrance étant complète et naturelle, vérification faite au dixième jour. Sans trop anticiper, on peut penser cependant que l'infection streptococcique joua ici un grand rôle.

Les deux autres cas rapportés plus haut montrent nettement des hémorragies, qui, si elles évoluent parallèlement à l'infection, ne sont, du moins en aucun cas imputables à une rétention.

Enfin, la troisième observation (N° VIII) remarquable par sa terminaison et la longue durée de la maladie, l'est aussi par le résultat de l'examen anatomo-pathologique, montrant la grande part prise par les lésions infectieuses utérines, dues ici au streptocoque.

Contentons-nous pour l'instant de noter les faits, nous attachant ultérieurement, autant que faire se pourra, à les expliquer.

Les deux autres cas communiqués par MM. Lévy-Solal concernent également des métrorragies abondantes survenues du quatrième au dixième jour après l'accouchement, évoluant au milieu de l'infection, sans rétention placentaire. Un examen microscopique des résidus extraits par curage (cas n° I du compte rendu), ne montra que des caillots en voie d'organisation.

M. le Professeur Brindeau apporte aussi deux cas à peu près analogues; dans l'un, on pratique

l'hystérectomie abdominale : la femme guérit; l'utérus examiné ne montre qu'une vaso-dilatation considérable des sinus. Dans l'autre, il s'agissait d'une femme enceinte de sept mois; extraction du fœtus mort, délivrance et apparition, le lendemain, d'hémorragies abondantes et successives avec température à 40°. Il peut sembler, comme l'a fait remarquer M. Schikelé, que ce dernier cas est dû à une atonie tardive. De toute façon, le début des accidents hémorragiques peu après la délivrance, en fait un cas différent de ceux exposés jusqu'à présent, et qui, à notre avis, ne correspond pas exactement au type clinique défini par M. Couvelaire.

DISCUSSION DES OBSERVATIONS

Parmi les formes habituelles d'hémorragies utérines post-partum, il en est une qui peut être définie « hémorragie au cours de l'infection puerpérale ». Quelles causes en a-t-on invoqué jusqu'à présent ? D'une part la rétention placentaire, d'autre part, la chute d'une escarre de la paroi utérine, l'un souvent consécutif à l'autre d'ailleurs. M. le professeur Jeannin, dans son travail sur les infections puerpérales paru en 1902 (8) publiait un grand nombre d'observations de femmes infectées, parmi lesquelles la suivante :

(8) C. Jeannin. Les infections puerpérales putrides — 1902. p. 132.

OBSERVATION (résumée)

La femme G..., 22 ans, entre à Lariboisière le 25 avril 1901 à 9 heures du soir. Elle a été accouchée la première fois au forceps après accouchement provoqué à 8 mois et demi; c'est une rachitique à bassin généralement rétréci. Actuellement elle est à terme et en travail depuis le matin. Les membranes sont rompues, la dilatation complète et l'enfant mort: il existe des signes évidents de putréfaction intra-utérine.

Accouchement, délivrance artificielle.

Le troisième jour, frisson, T. 39°6. Curettage.

Le quatrième jour, état général mauvais, lochies putrides; on fait de l'irrigation continue.

Le sixième jour, la température est de 39°8. A minuit, la malade est prise brusquement d'une violente hémorragie utérine, et malgré une injection iodée très chaude, la malade meurt à 2 heures du matin.

A l'autopsie, on constate une plaque de gangrène mettant à nu l'artère utérine gauche; la malade a évidemment succombé à l'hémorragie provoquée par la chute d'une plaque de gangrène.

On le voit, le cas, bien qu'assez rare, rentre dans la classe des hémorragies par gangrène dont nous parlions plus haut, d'ailleurs bien décrites des classiques. Mais si nous avons rapporté cette observation, c'est pour bien montrer les différences qui existent entre des cas analogues, rares somme toute,

mais connus, et les 17 cas rapportés ou cités dans cette thèse.

Si, en effet, nous en exceptons 3, insuffisamment explicites, dans 4 cas, la terminaison fut fatale et dans deux de ces cas on fit l'examen nécropsique : dans l'un, la paroi utérine était absolument lisse et intacte (cas de M. le professeur Brindeau) dans l'autre, malgré une infiltration abondante de la paroi et la présence d'hémorragies interstitielles, il n'y eut pas d'escarre visible, ni de villosités placentaires.

D'autre part dans tous les cas rapportés, sauf un (Observation n° IV), la délivrance fut complète, et vérification en fut faite par le curettage ou le curetage, 5 fois sur 7. Dans l'Observation n° IV, la révision fut faite deux jours avant l'apparition des hémorragies. Donc, encore ici, caractère important, métrorragies en dehors de toute rétention placentaire et de toute endométrite déciduale.

Sommes-nous en droit maintenant, d'incriminer une inertie utérine ? Nous ne le pensons pas, tout au moins si l'on veut parler de la forme habituelle de ces inerties où peu de temps s'écoule entre l'accouchement et l'apparition des premiers accidents hémorragiques. Ici, une moyenne de 5 jours environ ; 10 jours dans le cas rapporté par M. Yjema, 12 jours dans le cas rapporté par M. le Professeur Metzger, 20 jours enfin dans l'observation de M. Delestre (*Bulletin de la Société d'Obstétrique*, avril 1926).

Mais il est une forme d'atonie tardive, de l'avis de M. le Professeur agrégé Metzger, qui expliquerait sans doute certains de ces cas : il s'agirait alors, selon notre Maître, d'une atonie tardive par inhibition infectieuse. Et c'est là une pathogénie digne d'intérêt, comme nous le verrons plus loin.

Il nous resterait encore, pour restreindre le cadre de notre sujet, un mot à dire sur les hémorragies dues à une cause d'ordre général, nous voulons parler de l'hémophilie.

Sans insister sur ce sujet, qui nous entraînerait trop loin, nous citerons une observation d'Ahfeld, publiée en 1903 (9). Il s'agissait d'une femme ayant présenté une métrorragie post-partum, non imputable à la rétention ni à l'inertie, mais uniquement à l'absence complète de fibrinogène dans le sang. Mais ce cas, prévu d'ailleurs par les antécédents héréditaires et personnels de la malade, évolua sans aucun symptôme d'infection et ne rentre par conséquent pas dans le cadre de ce sujet : si nous l'avons cité, c'est dans le but de montrer qu'il n'eut pas été sans intérêt pathogénique de faire une étude systématique de la composition et de la qualité du sang des malades dont les observations sont rapportées ici.

Nous arrivons donc maintenant à cette conclusion, qu'aucune des causes habituelles signalées plus haut, ne peut s'appliquer exactement ici, et, pour

(9) Semaine Médicale, avril 1903.

définir d'une façon aussi précise qu'il est possible à l'heure actuelle le cadre de ce sujet, nous pouvons citer cette opinion de M. le Professeur Couvelaire :

« ... Le syndrome que j'ai voulu individualiser ici est tout différent. Il n'y a pas de rétention placentaire, pas d'escarre visible à l'œil nu, d'autre part, entre le moment de l'accouchement et l'apparition de l'hémorragie, il peut n'y avoir aucun symptôme attirant l'attention. L'hémorragie est le premier symptôme, symptôme grave, tantôt par l'abondance de l'hémorragie qui peut mettre la vie en danger, tantôt par l'apparition rapidement subséquente des signes d'infection, surtout si l'on a maltraité l'utérus par un curage ou un curettage... »

Il nous semble bon d'ajouter, que, par l'examen de ces différentes observations, l'infection peut précéder, plus souvent que ne le dit M. le Professeur Couvelaire, l'apparition de l'hémorragie. D'autre part, il nous a semblé aussi que rentrent dans ce syndrome les cas les plus légers comme les cas les plus graves. Dans l'observation n° II, l'hémorragie est très légère, de même dans le cas rapporté par M. Ypéma. Dans les cas IV, VI, VIII, au contraire, l'écoulement sanguin est très considérable, et, bien que le plus souvent (puisque cinq cas sur huit, soit 62 pour cent) l'hémorragie soit abondante, il semble qu'il y ait place entre les deux extrêmes pour tous les intermédiaires.

ETIOLOGIE

Nous serons brefs à ce sujet, puisque par définition, ces hémorragies surviennent chez des infectées puerpérales; c'est d'ailleurs ce que montrent aisément les observations.

Notons cependant, que, dans l'observation n° 1, au moment de la première hémorragie, la température était presque normale, puisque à $37^{\circ}5$, et qu'elle se maintint de même les jours suivants sans jamais dépasser $37^{\circ}6$: mais cette femme avait cependant été infectée avec frisson et température à 40° . Nous avons simplement à faire ici, à une forme relativement bénigne de ce syndrome, bénignité hémorragique et infectieuse à la fois.

PATHOGENIE

Il est peut-être possible de chercher, à ce syndrome une explication pathogénique, tout au moins, nous allons le tenter. Mais il est nécessaire avant tout, de faire remarquer qu'une hypothèse pathogénique unique ne convient peut-être pas à des cas rangés actuellement dans un même cadre, mais que l'avenir divisera sans doute, tant au point de vue clinique que pathogénique.

Du point de vue de la pathogénie générale de tous ces cas, notre Maître M. le Professeur agrégé Metzger, a émis souvent devant nous la constatation suivante : les infectées puerpérales peuvent se

classer en deux grandes catégories. D'un côté celles dont l'utérus reste dur et ferme, de l'autre celles dont l'utérus est mou. Chez les premières l'hémorragie n'est pas à craindre, leur utérus se défend énergiquement. Chez les autres, il peut ne rien se produire au point de vue hémorragique, mais une manœuvre intempestive, curage ou curettage entre autres, suffit souvent à déclancher l'écoulement sanguin. De plus, chez ces mêmes femmes à utérus mou, la métrorragie peut survenir sans cause apparente.

L'infection, localisée sur l'utérus agirait sans doute en frappant son tissu d'atonie, d'atonie par inhibition.

Dans le premier cas de ce travail, on se souvient le seul traitement mis en œuvre par M. le Professeur Metzger, fut une injection d'hypophyse; d'autre part et nous l'avons noté, l'hémorragie cesse brusquement à la suite de cette injection. Faut-il ne voir là qu'une coïncidence ? Nous ne le pensons pas et il nous semble logique, comme l'estime notre Maître, d'y voir plutôt un argument à apporter à la théorie ci-dessus.

Il est une deuxième hypothèse que nous suggéra un jour M. le Professeur Metzger : c'est la présence dans le sang de ces infectées, de streptocoque hémolytique et des propriétés qui y affèrent.

On sait que la propriété d'hémolyser le sang que possède le streptocoque, fut découverte vers 1903 et que de très nombreux travaux furent publiés depuis à ce sujet. Fromme, qui s'est beaucoup occupé de la question en Allemagne, conclut, en 1910, à la fré-

quence relative du streptocoque hémolytique dans le sang des infectées puerpérales. Nous citerons à ce sujet le passage suivant : « ...Ayant pu voir, dans l'expérimentation sur les animaux, qu'un streptocoque peut acquérir la faculté d'hémolyser, je puis me figurer qu'un streptocoque saphrophyte, après avoir eu à vivre dans des circonstances difficiles au milieu de tissus vivants, à lutter contre ces cellules, peut acquérir des propriétés défensives contre ces cellules et devenir virulent... mais cela demande des conditions favorables pour que dans la lutte, les germes ne soient pas détruits, mais acquièrent au contraire des propriétés nouvelles... ».

Ce qui devait être vérifié plus tard, puisqu'il fut reconnu que, assez fréquemment, le streptocoque hémolytique existe dans le sang des infectées puerpérales graves.

M. le Professeur agrégé Metzger, dans un article paru en 1911, (10) s'exprime d'ailleurs en ces termes :

« ...Fromme conclut que dans l'immense majorité des cas l'infection puerpérale est due à un streptocoque hémolytique, et qu'il est rare de voir une septicémie grave avec un streptocoque non hémolytique... ». Et, plus loin, : « ...la tendance aux hémorragies des infectées puerpérales tendrait peut-être à prouver que les phénomènes observés « in vitro », pourraient se produire dans l'organisme... ».

(10) Presse Médicale, avril 1911

Ces accidents ne se produisent que rarement, on peut supposer qu'il existe dans le sang des substances combattant le pouvoir hémolysant du streptocoque... ».

Et, de fait, dans l'observation n° VIII, au 40^e jour, fut constatée la présence de streptocoque hémolytique dans le sang de la malade ; on en pourrait donc conclure de l'importance de la modification du sang dans la pathogénie de ces hémorragies, tout au moins dans certains cas. Dans d'autres, cas à « utérus mou », la première hypothèse nous semble fort valable.

Quoi qu'il en soit, ces théories peuvent n'être que des hypothèses, mais qui ont du moins l'avantage de cadrer avec des faits, et qui, pour être précisées auront besoin de la constatation d'un plus grand nombre de cas.

PRONOSTIC

De l'examen des 17 cas cités au cours de ce travail, nous n'en retiendrons que 8, plus explicites, cas typiques. Parmi ces 8 cas, 4 se sont terminés par la mort : ce qui nous donnerait une mortalité de 50 o/o, attestant une très haute gravité. On doit, heureusement, il est vrai, supposer que sont seuls parvenus à notre connaissance les cas les plus graves de ces hémorragies, les autres n'ayant pas encore attiré l'attention ou étant passés inaperçus par

fait même de leur bénignité. Le pronostic, basé sur un plus grand nombre de faits, toute thérapeutique nouvelle mise à part, serait vraisemblablement beaucoup moins sévère.

Quoi qu'il en soit, nous retiendrons que ce syndrome clinique, heureusement rare, peut dans certains cas, revêtir une forme rapide et mortelle.

TRAITEMENT

Nous ferons d'abord un examen rapide des moyens thérapeutiques employés dans les divers cas, puis nous dirons quelques mots des traitements qui nous semblent correspondre à la pathogénie précédemment exposée, et, en tout cas, devoir être essayés.

Sur cinq cas où le curage ou le curettage furent pratiqués, nous avons constaté trois cas de mort : il est juste de dire que ces cas avaient d'emblée revêtu une forme grave.

Quoi qu'il en soit, et de l'avis même de M. le Professeur Metzger, qui estime inutile et dangereux de maltraiter par un traumatisme, un utérus déjà si affaibli, le curage et le curettage sont à prohiber.

Quels autres moyens thérapeutiques furent employés ? Leur diversité traduit bien leur inefficacité : collargol, propidon, injections chaudes, tamponnements, etc... M. le Professeur Metzger pense que le tamponnement, à sec, laissé peu de temps, peut avoir une certaine valeur, mais il estime que le pan-

sement au filtrat streptococcique a une action pratiquement nulle. Un traitement fut encore essayé, et dans deux cas, avec un cas de guérison : nous voulons parler de l'hystérectomie, préconisée dans les cas graves et après échec de tout autre moyen, par M. le Professeur Couvelaire. Notre Maître, M. le Professeur Metzger estime son indication très restreinte et limitée seulement aux cas avec rétention placentaire.

Les résultats thérapeutiques ne sont, en résumé, pas encourageants ; un seul point, semble acquis : l'abstention opératoire. Il nous semble cependant et c'est l'avis de M. le Professeur Metzger, qu'on est en droit d'essayer dans certains cas, des traitements correspondants aux hypothèses pathogéniques dont nous avons parlé **plus haut**.

C'est ainsi que l'on peut tenter l'injection sous-cutanée de peptone de Witte, le chlorure de calcium, soit « per os », soit, mieux en injections intra veineuses.

Enfin, dans d'autres cas, notamment ceux relevant d'une atonie par inhibition, et appuyés par une observation, nous pensons, avec M. le Professeur Metzger, que l'on devra essayer l'hypophyse à la dose d'une ampoule correspondant à cinq centigrammes d'extrait, en injections sous-cutanées.

CONCLUSIONS

Nous avons surtout cherché dans cette thèse, à mettre au point l'état actuel d'une question, que nous définissons ainsi :

I. Il existe un syndrome d'hémorragies utérines au cours de l'infection puerpérale, qui ne se rattache ni à la rétention placentaire, ni à la chute d'une escarre.

II. Ce syndrome est assez rare, de pronostic sévère.

III. On ne peut, à l'heure actuelle, que formuler des hypothèses pathogéniques : atonie par inhibition infectieuse, phénomènes hémolytiques.

IV. Des traitements mis en œuvre jusqu'à présent, on retiendra seulement : 1°) abstention opératoire (curage, curettage ou traumatismes de l'utérus) ; 2°) on est en droit d'essayer au contraire l'action des substances anti-hémolysantes et l'hypophyse.

Vu : *Le Doyen*,
H. ROGER.

Vu : *Le Président*,
JEANNIN.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
P. LAPIE.

TABLE DES MATIERES

AVANT-PROPOS	7
INTRODUCTION	9
<i>Contribution à l'étude des métrorragies dans l'infection puerpérale</i>	11
<i>Etiologie</i>	28
<i>Pathogénie</i>	28
<i>Pronostic</i>	32
CONCLUSIONS	35

